UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 93

FACULTÉ DE MÉDECINE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

ADÉNOPATHIES CERVICALES

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1910

PAR

M^lle Jeanne CABANIS

Née le 25 juillet 1887 à Tarragone (Espagne)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	Baumel, *Professeur*, Président.	
	Carrieu, *Professeur*.	Assesseurs.
	Vires, *Agrégé*.	
	Leenhardt, *Agrégé*.	

MONTPELLIER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1910

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 93

FACULTÉ DE MÉDECINE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

ADÉNOPATHIES CERVICALES

CHEZ L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Juillet 1910

PAR

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

M^lle Jeanne CABANIS

Née le 25 juillet 1887 à Tarragone (Espagne)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse — Baumel, *Professeur*, Président. Carrieu, *Professeur*. Vires, *Agrégé*. Leenhardt, *Agrégé*. — Assesseurs.

MONTPELLIER

SOCIÉTÉ ANONYME DE L'IMPRIMERIE GÉNÉRALE DU MIDI

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
SARDA..... ASSESSEUR
IZARD..... SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. GRASSET (✻) Chargé de l'enseignement de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL
Clinique chirurgicale	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✻).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS H.
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : M. F. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT
Secrétaire honoraire : M. H. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements	PUECH, prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUÉRIN	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIÈRE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON FIANCÉ

MONSIEUR JULIEN RÉCLAR

DOCTEUR EN MÉDECINE

En souvenir de nos années d'études à la Faculté.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Faible témoignage de mon amour et de ma profonde reconnaissance pour leurs soins et leurs sacrifices.

A MON FRÈRE

Comme gage de ma très grande affection.

A MA SŒUR ET A MES NEVEUX

A MES BEAUX-PARENTS FUTURS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

J. C.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

A MES MAITRES

DES HOPITAUX ET DE LA FACULTÉ

J. C.

PRÉFACE

Parvenue à cette heure si impatiemment attendue qui marque pour moi le commencement d'une vie nouvelle, j'ai un devoir bien doux à remplir : exprimer ma reconnaissance à tous ceux qui s'intéressèrent à moi et qui contribuèrent par leur enseignement ou leurs conseils à rendre moins difficiles et moins ardues les études que j'avais entreprises.

A M. le professeur Baumel, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, je tiens à adresser tous mes remerciements. J'ai suivi avec intérêt les leçons si claires qu'il nous faisait auprès du lit de ses petits malades. Dans son service, nous avons appris à manier ces frêles petits êtres avec douceur et bonté, et mon plus cher désir est de savoir, comme lui, me faire aimer de tous ceux qui demanderont mes soins.

M. le professeur Carrieu, dont le service m'était devenu si familier, a droit à ma plus vive reconnaissance. C'est chez lui que je fis mes premiers pas dans les études médicales, et sa paternelle bonté contribua pour beaucoup à m'attacher à lui.

Je remercie M. le professeur Vires pour la bienveillance qu'il me témoigna toujours. J'ai suivi avec fruit ses leçons de clinique thérapeutique, et je m'efforcerai d'acquérir l'esprit de méthode et de précision qu'il s'est toujours efforcé de nous inculquer.

A M. le professeur Leenhardt, qui a bien voulu accepter de faire partie de mon jury de thèse, j'adresse mes vifs remerciements.

A mon maître, M. le professeur Tédenat, qui me donna si

souvent des preuves de sa sympathique bienveillance, j'adresse l'expression de ma profonde gratitude. Son enseignement pratique de la chirurgie m'a été profitable et j'en garderai un souvenir reconnaissant.

A M. le professeur Sarda, qui fut si bon pour moi, qu'il me soit permis d'exprimer ici toute la vénération que j'ai pour lui.

A M. le professeur Imbert, au service de qui j'ai été attachée pendant un an, et qui me donna toujours des conseils si paternels, j'adresse mes sincères remerciements.

Je tiens aussi à remercier M. le docteur Maillet, chef de clinique de pédiatrie, qui m'aida de ses conseils lorsque j'ai commencé ce travail.

A tous ceux qui, depuis mon enfance, m'ont manifesté leur sympathie ou aidée de leurs conseils, et soutenue de leurs encouragements, j'adresse l'expression de ma reconnaissance.

Mes parents, si bons, si dévoués, ont fait pour moi bien des sacrifices. Je leur dois ce que je suis. Je ne l'oublierai jamais et je m'efforcerai sans cesse, par mon amour et ma gratitude, d'acquitter une partie, bien faible hélas ! de la dette contractée envers eux.

A celui qui a été mon camarade d'études et mon meilleur ami, et qui va devenir demain le compagnon de ma vie entière, j'offre ce modeste travail comme un faible gage de ma tendre affection. Nous avons partagé les joies et les soucis de la vie d'étudiant. Nous partagerons désormais ceux, bien plus grands, de la vie de médecins. Mais quelle que soit pour nous l'existence que nous allons commencer, le souvenir des années passées à la Faculté restera gravé dans notre cœur, et, plus tard, dans longtemps d'ici, il nous sera bien doux de nous remémorer le temps, si vite passé, où nous allions écouter les leçons de nos maîtres vénérés.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

ADÉNOPATHIES CERVICALES

CHEZ L'ENFANT

INTRODUCTION

Les adénopathies cervicales s'observent très fréquemment chez les enfants. Cette fréquence s'explique par le développement extrême qu'atteignent, dans l'enfance, les ganglions et toutes les dépendances du système lymphatique.

A ce moment, en effet, les chances d'infections sont les plus grandes ; elles entraînent l'exaltation de l'activité fonctionnelle du système lymphatique, dont la destinée est de défendre l'organisme contre les germes pathogènes.

Dans bien des cas, les bactéries les plus diverses franchissent les téguments, mais sont arrêtées par les ganglions et y séjournent sans que leur présence détermine aucune réaction, aucun trouble de l'organisme. C'est ainsi que Manfredi et Pérez ont trouvé 75 fois des bactéries dans les ganglions lymphatiques de 85 animaux examinés. Des recherches analogues faites sur l'homme ont donné des résultats positifs. Ce sont les ganglions sous-cutanés qui sont le plus souvent infectés.

Ces microbes, séjournant dans les ganglions, perdent peu

à peu leur virulence et finissent par être détruits par un procédé spécial, mal déterminé encore.

Mais ils peuvent parfois, à la faveur de circonstances favorisant leur développement, ou diminuant la résistance de l'organisme, accroître leur virulence et causer des désordres plus ou moins graves. Dans ces cas, l'infection ganglionnaire peut rester localisée, isolée, ou bien elle peut devenir le point de départ d'accidents très sérieux, une néphrite par exemple.

Les ganglions, envahis par les germes qu'ils ont arrêtés, cherchent à les détruire ; ils sont le siège d'une réaction très vive, aboutissant à la création d'antitoxines qui neutralisent les poisons sécrétés par les microbes.

Tant que durera la présence des germes virulents, la lutte continuera entre eux et les éléments de défense intra-ganglionnaires. Mais à l'état aigu du début de l'infection fera suite un état chronique ; les réactions seront surtout locales, les phénomènes généraux seront moins intenses, tandis que les ganglions resteront très volumineux.

Nous pouvons donc diviser l'étude des adénopathies cervicales en deux grands groupes : 1° les adénopathies aiguës ; 2° les adénopathies chroniques. Et nous voyons d'après ce qui précède que ces dernières résultent souvent du passage des adénopathies aiguës à la chronicité.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

Adénopathies aiguës

Nous ne nous étendrons pas sur leur *pathogénie*. Le court aperçu que nous en avons donné dans le chapitre précédent nous suffira.

L'*étiologie* nous arrêtera plus longtemps. En effet, connaître la cause des adénites est l'élément le plus important du diagnostic, et nous en tirerons les indications les plus précieuses pour la prescription du traitement.

Nous distinguerons des adénopathies : 1° de cause locale ; 2° de cause générale ; et nous allons les étudier successivement.

Adénopathies aiguës de cause locale. — D'une façon générale, on peut poser en principe que toute lésion septique, toute inflammation d'un point quelconque des régions de la face, du cuir chevelu, des cavités buccale, nasale, orbiculaire, auriculaire, se propage par les lymphatiques jusqu'aux glandes cervicales, qui réagissent et s'hypertrophient.

Nous n'avons donc qu'à passer en revue toutes les lésions qui peuvent atteindre les divers points énumérés.

a) Le *cuir chevelu* est très souvent envahi, chez les enfants malpropres, par le *pediculus capitis*. Ces parasites pullulent très rapidement, déterminent par leur piqûre des démangeai-

sons fort désagréables, qui excitent l'enfant à se gratter. Il en résulte la formation de nombreuses excoriations et fissures saignantes de la tête, de croûtes impétigineuses disséminées ou confluentes, toujours septiques à cause de l'état de malpropreté constant des cheveux. Souvent même on constate la présence d'impétigo aigu, en placards disséminés, impétigo provoqué par les poux, qui, en entamant la peau, ont ouvert la porte au microbe pathogène (staphylocoque). Mais, secondairement, ces lésions du cuir chevelu déterminent des lymphangites et des adénites. On constate, en effet, chez ces enfants-là, la présence de nombreux ganglions cervicaux, petits, durs, arrondis, mobiles, siégeant de chaque côté derrière les sterno-mastoïdiens. Ces adénites suppurent parfois. On trouve aussi des abcès du cuir chevelu et des adénophlegmons du cou.

b) Les *dermites* qui occupent habituellement le cuir chevelu : eczéma, impétigo, ecthyma, s'accompagnent souvent de l'inflammation des ganglions régionaux, surtout lorsqu'elles ont été irritées par les grattages.

Observation Première

(Recueillie dans le service du professeur Baumel)

M. Irène, 5 ans et demi. Entre à l'hôpital pour un impétigo de la face. Evolution dentaire normale. Ganglions du cou et de la nuque.

Traitée par le sirop de raifort iodé, l'enfant sort guérie, les ganglions étant revenus à leur état normal.

Observation II

(Recueillie dans le service du professeur Baumel)

O... Henri, 1 an, entre le 9 mai 1910 pour eczéma de la face et du cuir chevelu.

Né à terme, nourri au sein jusqu'à 5 mois, mais allaitement mal réglé. A partir de 5 mois, nourri au biberon, 150 grammes toutes les deux heures.

Depuis l'âge de 1 mois, eczéma de la face. Actuellement, la face et le cuir chevelu sont recouverts de croûtes épaisses, jaunâtres, séparées par des intervalles suintants.

Pas de gastro-entérite, mais constipation.

Evolution dentaire : les quatre incisives supérieures sont poussées, ainsi que les deux incisives médianes inférieures ; les latérales évoluent; les premières prémolaires inférieures sont en évolution intra-maxillaire.

Adénopathie cervicale. Nombreux ganglions sous-maxillaires et le long du sterno-mastoïdien.

c) Les *lésions de l'œil* ne provoquent pas, en général, d'inflammations ganglionnaires. Mais on en a observé dans des cas d'inflammation du canal lacrymal. Les observations suivantes sont des exemples très nets d'adénites cervicales dues à des lésions lacrymales.

Observation III

Malade de Perrin. *In* Trousseau, *Clin. méd.*, t. III.

Double fistule lacrymale. Hypertrophie ganglionnaire généralisée. Ramollissement du tissu osseux dans les derniers temps de la vie.

Observation IV

Malade de Potain. *In* Trousseau, *Clin. méd.*, t. III.

Double tumeur lacrymale. Engorgement lymphatique sous-maxillaire consécutif. Erysipèle de la face (broncho-pneumonie intercurrente).

d) La face est souvent le siège de *dermatoses, eczéma,*

impétigo, et de même que lorsqu'elles existent sur le cuir chevelu, elles provoquent une adénopathie très marquée. Les observations sont multiples.

e) En particulier dans l'*érysipèle de la face*, les ganglions sous-maxillaires sont gonflés et douloureux pendant l'exanthème et même avant son apparition. La persistance très longue des streptocoques dans les ganglions explique la fréquence des rechutes.

f) Il arrive parfois, dans les *oreillons*, que la tuméfaction envahit la glande sous-maxillaire et produit au niveau de cette région un gonflement qui se continue avec celui de la parotide.

g) Les *otites suppurées* déterminent aussi fréquemment la production d'adénites cervicales, ainsi que le prouve l'observation suivante empruntée à Trousseau :

Observation V

Malade de Stockholm

Depuis l'enfance, ce malade est sujet à un écoulement purulent de l'oreille gauche ; une tumeur se développe au-dessous de cette oreille ; trois semaines après, d'autres semblables apparaissent au cou sur le même côté. L'affection reste limitée à la partie supérieure du corps. Virchow, qui vit le malade, pensa aussi que le point de départ de l'affection avait été l'écoulement chronique de l'oreille.

h) Les *stomatites*, la stomatite ulcéreuse surtout, s'accompagnent d'adénopathies sous-maxillaires, qui ne suppurent jamais. Les ganglions, gros comme un pois, sont mobiles, isolés les uns des autres.

i) Une cause très fréquente d'adénite cervicale, c'est l'*évolution dentaire*. Dans bien des cas, en effet, soit au cours de la première dentition, soit au cours de la deuxième, il existe

des adénites sous-maxillaires ou cervicales, véritables polyadénites le plus souvent, alors qu'il n'y a, pour les produire et les expliquer, aucun autre trouble que ceux de l'évolution dentaire. « Ces adénites siègent à l'angle antérieur du maxillaire inférieur, à l'angle externe du même os, sur le trajet enfin de sa branche transversale ou le long du bord postérieur de sa branche montante, et se terminent le plus souvent par résolution. » M. Baumel attribue à ces accidents de la dentition l'état aigu que Comby a décrit sous le nom de fièvre ganglionnaire et dont nous dirons quelques mots :

j) La *fièvre ganglionnaire* est une maladie infectieuse, contagieuse, bénigne le plus souvent, caractérisée par la coexistence d'une hyperthermie plus ou moins marquée, éphémère, et de gonflement plus durable des ganglions cervicaux.

L'examen attentif montre que le début se fait par la gorge, les amygdales, l'arrière-cavité des fosses nasales, qui sont d'abord le siège d'une légère inflammation. Après quoi apparaît l'adénite. La fièvre ganglionnaire est donc causée par une infection de la muqueuse pharyngée, propagée par voie lymphatique jusqu'aux glandes cervicales.

La symptomatologie est la suivante : début brusque par des phénomènes généraux : fièvre, anorexie, abattement, nausées quelquefois ; ils disparaissent rapidement en deux ou trois jours, et alors la véritable localisation de la maladie apparaît sous forme d'adénopathies. La région cervicale est surtout atteinte. Les ganglions se tuméfient, atteignent le volume d'un haricot, d'un noyau de cerise, d'une noisette. La peau n'est pas rouge, il n'y a pas de périadénite, pas de tendance à la suppuration. Les premiers ganglions se montrent en arrière du sterno-mastoïdien ; ceux de la nuque, ceux de l'angle de la mâchoire se prennent ensuite. Les mouvements du cou sont difficiles, la palpation est un peu douloureuse. L'inflammation ganglionnaire dépasse très rarement la région cervicale.

A la période d'état, la fièvre a disparu, il reste seulement

de la faiblesse, de l'anémie, des sueurs. La durée est plus ou moins longue suivant la gravité des cas : les ganglions disparaissent le plus souvent au bout de quelques jours, mais ils peuvent persister pendant plusieurs semaines.

On a signalé des complications : néphrite, bénigne en général ; otite, abcès rétro-pharyngien, hémorragies nasales, rénales, etc...

k) Enfin, parmi les adénopathies aiguës de cause locale, et à côté de la fièvre ganglionnaire dont le point de départ est pharyngé, il nous reste à signaler celles, très fréquentes, qui surviennent dans les *angines*, les *amygdalites*, la *diphtérie*. L'inflammation ganglionnaire est modérée dans les deux premiers cas, ce sont les ganglions angulo-maxillaires qui sont engorgés, mais sans aucune participation du tissu cellulaire voisin. On a rarement observé la suppuration.

Observation VI

(Recueillie dans le service du professeur Baumel)

T... Louis, 10 ans et demi. Entre le 9 juillet 1910.

Antécédents héréditaires. — Rien.

Antécédents personnels. — Angines à répétition.

Début il y a quinze jours par de la céphalée, des maux de gorge. Côté gauche du cou douloureux. T., 38°2. Pouls, 80.

Amygdale gauche volumineuse.

Adénopathie angulo et sous-maxillaire gauche, volumineuse et douloureuse.

Traitement : gargarismes, collutoires. Guérison.

Au contraire, dans la diphtérie vraie, les ganglions cervicaux sont gros et durs et s'accompagnent parfois d'un empâtement diffus qui peut aller jusqu'au phlegmon dans les cas de diphtérie grave.

Adénopathies aiguës de cause générale. — Nous réunirons dans ce groupe les adénites que l'on observe au cours des maladies infectieuses aiguës et dont le développement a été provoqué par l'infection générale.

Les adénopathies ne se produisent pas constamment au cours de toutes les infections. Elles manquent lorsque l'agent pathogène est peu virulent, ou, si elles se développent, elles sont si peu marquées qu'elles passent inaperçues. Réciproquement, on ne les observe pas non plus lorsque le microbe a un pouvoir pathogène très grand, l'organisme affaibli n'a pas la force de se défendre ; il n'y a pas de réaction ganglionnaire.

On observera donc les manifestations ganglionnaires les plus nettes dans les infections de moyenne intensité. Et l'on voit que leur développement dépend de deux facteurs : 1° la nature de l'agent pathogène ; 2° l'état du sujet.

Chez l'enfant, dont l'organisme est capable de réaction énergique, l'adénopathie peut être très intense, trop intense même, et persister après la guérison de la maladie qui lui a donné naissance.

Voyons d'abord parmi les fièvres éruptives quelles sont celles qui s'accompagnent d'adénites cervicales :

a) La *variole* est une des plus importantes et a été étudiée à ce point de vue dans la thèse deLelandais. Dans la variole, l'hypertrophie ganglionnaire serait, d'après l'auteur, un élément de bon pronostic. On l'observe très nettement dans les formes purulentes ; elle est très atténuée, ou même nulle, dans les formes hémorragiques. Les ganglions augmentent de volume dès le début de la maladie et durant la période d'éruption et de suppuration, puis ils diminuent et disparaissent, sans jamais avoir été douloureux. Il faut noter cependant que l'adénopathie est généralisée et plus marquée dans les aisselles et aux aines que dans la région cervicale ;

b) Dans la *scarlatine*, au contraire, en même temps que l'on constate l'angine du début, on peut noter l'hypertrophie

très nette des ganglions sous-angulo-maxillaires. Ils sont gros, douloureux à la pression, et, dans les cas sévères, leur inflammation peut causer une complication très grave, le « *bubon scarlatineux du cou* » ;

c) La *rubéole* s'accompagne de l'engorgement des ganglions rétro-auriculaires et cervicaux, et c'est là un élément de diagnostic qui permet de différencier la rubéole de la rougeole. Ces tuméfactions ganglionnaires sont modérées, indolores, et ne persistent pas après l'éruption quand la maladie évolue normalement ;

d) Parmi les maladies aiguës non éruptives, la *tuberculose* se caractérise par ce fait qu'elle présente toujours une altération du système lymphatique, et l'on a suivant les cas : de l'adénopathie trachéo-bronchique, de l'adénopathie mésentérique ou de l'adénopathie cervicale. Mais ces lésions sont surtout intéressantes lorsqu'elles passent à la chronicité ; c'est pourquoi nous n'y insisterons pas ici, nous réservant d'en parler plus longuement à propos des adénopathies chroniques.

Adénopathies chroniques

Elles succèdent le plus souvent aux adénopathies aiguës. Lorsque la cause qui a déterminé l'hypertrophie ganglionnaire a disparu, le ganglion revient en général à son état normal, c'est ce qui se produit dans les cas de lésions cutanées de la face ou du cuir chevelu traitées soigneusement et rapidement guéries.

Mais si l'on a abandonné la maladie locale à elle-même, ou si le microbe est doué d'un pouvoir virulent exagéré, la réaction ganglionnaire se prolonge ou est très intense dès le début. Dans les deux cas, les ganglions sont modifiés profondément dans leur structure même ; ils ne peuvent plus revenir à leur état primitif. Que la maladie causale guérisse,

que le microbe soit détruit, les ganglions restent hypertrophiés, il y a de l'adénite chronique.

Ce sont surtout les adénopathies aiguës de cause locale qui passent ainsi à la chronicité. Il arrive plus rarement que cela se produise pour les adénopathies aiguës de cause générale.

Mais, cependant, il existe aussi des adénopathies chroniques d'emblée, dont l'évolution est lente, insidieuse, et ce sont celles-ci que nous allons passer en revue.

Nous les diviserons, comme les adénites aiguës, en adénopathies de cause locale et adénopathies de cause générale.

Adénopathies chroniques de cause locale. — Elles sont peu nombreuses. On les observe surtout dans les cas de *carie dentaire* et d'*angines chroniques*. Les ganglions, volumineux, durs, mobiles sous la peau et sur les plans profonds, sont indolores.

Adénopathies chroniques de cause générale. — Ce sont les plus intéressantes, et leur étude a été la source de nombreuses discussions entre les auteurs.

a) La *tuberculose* est la grande cause des adénopathies externes. Les travaux de Villemin et de Koch démontrent que la plupart de celles que l'on qualifiait de *strumeuses* ou de *scrofuleuses* doivent lui être rattachées. Mais la scrofule ne doit pas être confondue avec la tuberculose, et toutes deux font de l'adénopathie.

Les adénites tuberculeuses s'observent chez l'enfant à tous les âges, chez le nourrisson tout aussi bien que chez l'adolescent. L'infection se fait par les téguments ou les muqueuses voisines, mais la porte d'entrée manque souvent ou passe inaperçue. Elle peut se faire par voie sanguine, les ganglions bronchiques étant atteints les premiers, les ganglions cervicaux ne s'infectant qu'ensuite.

La maladie débute insidieusement, aucun symptôme subjectif. Un ou plusieurs ganglions deviennent apparents et se

développent progressivement. Tantôt ils forment une seule masse ganglionnaire située en arrière de l'angle de la mâchoire, ou au-dessous du menton, ou dans un creux sus-claviculaire ou axillaire ; tantôt ils sont disséminés en ces divers endroits (polyadénite). Au début, les ganglions sont durs, isolés, roulant sous le doigt, indolores. Ils peuvent persister sous cette forme, mais ils évoluent très souvent vers la suppuration ; ils grossissent, la peau adhère à leur surface, rougit, puis la fluctuation apparaît, l'ulcération se produit et l'abcès ganglionnaire se vide. Il en résulte souvent des fistules persistantes, mais si la cicatrice se fait, elle se produit lentement et elle est irrégulière, saillante, disgracieuse. Il peut même se former des kéloïdes, douloureuses ou non.

D'autres fois, au lieu de rester isolés, les ganglions se réunissent en amas autour desquels se développe une gangue de tissu conjonctif. Il se forme ainsi, par extension, de proche en proche, du processus tuberculeux, une série de paquets ganglionnaires très volumineux, à la surface desquels la peau est irrégulière, noueuse, indurée par places.

« En résumé : lenteur dans l'évolution, torpeur dans les symptômes, faible tendance à la réparation, cicatrices indélébiles, tels sont les principaux traits de l'adénopathie tuberculeuse. » (Comby.)

Concurremment, il peut exister une tuberculose viscérale développée à la suite de l'adénopathie, et sa terminaison fatale peut interrompre l'évolution de l'adénite. Mais lorsque l'adénopathie existe seule, quoique en elle-même elle ne soit pas très grave, son pronostic doit être réservé, car c'est là un foyer bacillaire qui peut devenir, à un moment donné, le point de départ d'une tuberculose généralisée.

Il est des cas décrits par Legroux sous le nom de *micropolyadénopathie* dans lesquels on se trouve en présence d'un très grand nombre de petits ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux, durs, indolores, roulant sous le doigt, gan-

glions en « grains de plomb ». Pour Legroux, ils seraient l'indice d'une tuberculose latente, même si l'enfant paraît jouir d'une excellente santé. Les recherches de Hutinel, Lesage et Pascal ont montré que ces ganglions renfermaient parfois le bacille de Koch ou étaient capables de provoquer une tuberculose chez le cobaye auquel on les inoculait.

Cette forme de tuberculose chronique serait exceptionnelle et particulièrement grave. Ses symptômes principaux sont la micro-polyadénie, l'amaigrissement et la cachexie.

Mais, contrairement à l'opinion de Legroux, Potier fait de cette adénopathie généralisée une manifestation cachectique susceptible d'être rencontrée non pas seulement dans la tuberculose, mais aussi dans la syphilis, la dyspepsie gastro-intestinale, la rougeole compliquée de broncho-pneumonie. Il est vrai, en effet, que ces ganglions en grains de plomb ont très souvent été trouvés sans tubercules ni caséum. C'est pourquoi certains auteurs se rangent à l'opinion de Potier et ne les considèrent pas comme une manifestation spécifiquement tuberculeuse.

Observation VII

(Recueillie dans le service du professeur Baumel)

Micro-polyadénopathie primitive. Mort dans la cachexie tuberculeuse

R... Henri, 8 ans. Entre le 12 mars 1909.

Antécédents héréditaires. — Père décédé il y a deux ans, bacillaire. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Serait malade depuis les vendanges. Douleurs abdominales. A ce moment il aurait eu une adénite cervicale qui aurait grossi, rougi, presque suppuré.

Actuellement on constate une micro-polyadénopathie généralisée, mais surtout marquée dans la région cervicale.

Le 1er avril, quelques douleurs abdominales, alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 8 avril, on lui donne 0 gr. 50 d'antipyrine, et la fièvre, qui atteignait 38°, 38°5 depuis quelques jours, disparaît.

On constate au sommet droit une respiration granuleuse.

Le 10 avril, pas d'antipyrine ; le soir, 38°8.

Le 11, antipyrine ; le soir, 36°.

Le 13, on supprime l'antipyrine ; le soir, 38°2.

Le 16, quelques vomissements. Ventre tendu, défense musculaire. Empâtement à gauche. Cachexie progressive. Mort le 28 avril.

Observation VIII

Tuberculose diffuse. Polyadénite périphérique chronique. Inoculation d'un ganglion. *In* Pothier. Th. de Paris, 1894

La nommée H... Georgette, âgée de 3 ans, entre le 27 février 1893 dans le service du professeur Grancher.

Antécédents héréditaires. — Père de 32 ans, tuberculeux depuis deux ans. Mère bien portante. Six frères et sœurs, dont deux sont vivants ; les autres sont morts de bronchite ou de convulsions.

Antécédents personnels. — Elevée six mois au sein, ensuite au biberon. Coqueluche à 1 an. Rougeole il y a trois semaines, précédée d'une bronchite qui durait depuis quatre mois. L'enfant toussait beaucoup, ne voulait pas manger. Ni diarrhée, ni vomissements.

Etat actuel.— L'enfant est pâle, amaigrie, elle a une sclérotique bleutée, des cils longs. Elle présente de l'adénopathie périphérique généralisée (nuque, aisselles, aines).

Du côté des poumons, on trouve, en avant au sommet du poumon gauche, de la matité, du souffle, des râles fins. En arrière, dans les deux poumons, il y a des râles nombreux, surtout accentués au sommet, où ils sont plus fins. Matité dans l'espace interscapulaire, au niveau du hile.

Rate augmentée de volume.

On porte le diagnostic de tuberculose diffuse, ayant évolué depuis quatre mois et s'étant exagérée à la suite de la rougeole. Les manifestations pulmonaires sont prédominantes actuellement. Evolution rapide de la maladie. Apparition de symptômes pulmonaires de ramollissement et de caséification. La cachexie ne tarde pas à s'établir. L'enfant a de temps en temps, le soir, des poussées fébriles.

Mort le 24 mars, un mois après l'entrée de l'enfant.

Autopsie. — Petites cavernes multiples au sommet du poumon gauche. Caverne unique au sommet du poumon droit. Infiltration caséeuse disséminée dans les deux poumons. Ganglions du médiastin augmentés de volume. La plupart sont caséifiés. Foie gros non tuberculeux. Rate grosse, présentant à sa surface et dans son épaisseur des granulations grises. Ganglions du mésentère, petits, indurés, avec quelques granulations tuberculeuses centrales.

Les ganglions de l'aine et de la nuque ne présentent rien d'apparent. Ils sont un peu durs. On les détache facilement du tissu ambiant ; leur surface de section est lisse. L'un d'eux, dilacéré, est inoculé au cobaye dans la paroi abdominale. Le cobaye meurt le 3 juin, soixante-dix jours après l'inoculation.

A l'autopsie de l'animal, on trouve un liquide louche répandu dans la cavité abdominale ; des traînées purulentes existent le long des anses intestinales. Le ganglion inoculé est transformé en petit noyau dur. Du point d'inoculation partent des traînées vasculaires rouges qui remontent vers la région épigastrique. Péritoine épaissi et enflammé autour du foie et surtout autour de la rate. Cette dernière présente dans son épaisseur trois ou quatre tubercules gros comme des pois. Hypertrophie des ganglions sous-lombaires qui contiennent une granulation grise centrale.

Le cobaye a succombé à une péritonite survenue au cours d'une tuberculose en évolution n'occupant encore que les ganglions correspondant au point d'inoculation et la rate.

b) Scrofule. — La *scrofule* a été et est encore considérée par bon nombre d'auteurs comme une forme atténuée de la tuberculose. Et il résulte, en effet, des recherches d'Arloing, que les ganglions cervicaux des scrofuleux renferment des bacilles actifs pour le cobaye, mais stériles chez le lapin.

Pour d'autres, c'est à la syphilis que l'on doit rattacher la scrofule, et il est exact que bien des ostéopathies, bien des ulcérations de la peau et des muqueuses étiquetées scrofule sont en réalité d'origine syphilitique et disparaissent sous l'influence du traitement spécifique.

Et cependant il est beaucoup de cas dans lesquels on se trouve en présence de ces lésions localisées déterminant peu de réaction locale ou générale, s'accompagnant de fièvre minime ou nulle, se manifestant par un faible degré de rougeur, de chaleur, de douleur, évoluant sur place, c'est-à-dire ayant tous les caractères des altérations tuberculeuses ou syphilitiques, sans qu'on puisse cependant leur attribuer l'une ou l'autre de ces deux origines. En effet, ces lésions ne sont pas inoculables et ne sont nullement influencées par le traitement.

Il faut donc admetre que la scrofule existe indépendamment de la syphilis et de la tuberculose, mais on ne doit pas la considérer comme une maladie ; c'est en réalité un état particulier, une manière d'être de l'organisme qui modifie l'évolution des lésions dont il est atteint, de quelque nature qu'elles soient : bacillaires, spécifiques ou banales, de façon à leur donner à toutes des aspects semblables, des caractères communs.

Il n'y a pas de scrofule en tant qu'entité morbide, il n'y a que le terrain scrofuleux. Il se développe très fréquemment chez l'enfant sous l'influence de lésions accidentelles banales : impétigo, ulcérations cutanées, etc., ces lésions déterminant alors un lymphatisme local et consécutivement une scrofule locale. D'autres enfants, atteints de lymphatisme général par suite de l'extrême développement de leur système lymphati-

que, ont une scrofule générale, relevant de leur état particulier, de la mauvaise nutrition de leurs tissus.

Les manifestations principales de la scrofule portent sur la peau, sur les muqueuses, sur le tissu cellulaire sous-cutané et les ganglions lymphatiques.

Les ganglions le plus fréquemment atteints sont ceux de la région cervicale (antérieure, latérale, postérieure). Ces adénites évoluent lentement, ce sont les *gourmes* des anciens auteurs : les ganglions sont volumineux, isolés, mobiles. Ils s'hypertrophient à chaque nouvelle lésion cutanée locale, jusqu'au jour où, si aucun traitement n'est établi, ils évoluent vers la suppuration. On a alors ces adénites cervicales suppurées, désespérantes par leur ténacité, et qui, lorsqu'elles guérissent, à la longue, laissent chez l'enfant des cicatrices exubérantes, étendues, disgracieuses, désignées par les anciens sous le nom d'*écrouelles*.

Observation IX

(Personnelle)

Adénopathie scrofuleuse accentuée par un impétigo de la face

Y. B..., 6 ans.

Antécédents héréditaires. — Mère et frère bacillaires. Père bien portant.

Antécédents personnels. — Allaitement maternel plus ou moins bien réglé. A 3 ou 4 mois, quelques croûtes d'eczéma du cuir chevelu.

Conjonctivite à plusieurs reprises.

Il y a un an, l'enfant présentait de volumineux ganglions dans la région cervicale : ganglions durs, très mobiles, indolores, répartis à peu près également des deux côtés du cou.

Amygdales volumineuses.

L'enfant a tout à fait l'aspect d'une strummeuse, elle est

blonde, a le teint blanc, les chairs molles, les lèvres épaisses.

Rien à l'appareil pulmonaire.

A ce moment-là nous conseillons le sirop iodo-tannique et des mesures hygiéniques rigoureuses. Mais ces conseils ne sont pas suivis et l'état général et local n'est nullement modifié.

Il y a six semaines, la fillette présenta un peu d'impétigo localisé d'abord autour de la narine droite, et qui s'étendit ensuite vers la lèvre supérieure jusqu'à la commissure du même côté. En même temps, il fut très facile de constater que les ganglions cervicaux du côté droit subissaient une hypertrophie manifeste, alors que ceux de gauche ne changeaient nullement. De plus, la palpation et la délimitation de ces ganglions droits entre les doigts étaient douloureuses. La dentition ne présentait rien de particulier : l'hypertrophie ganglionnaire était donc d'origine impétigineuse.

Nous donnons à l'enfant le sirop iodo-tannique, la liqueur de Fowler alternativement dix jours chacun. De plus, comme la fillette est un peu anémiée, nous lui conseillons du jus de viande, régime que nous instituons après avoir fait purger l'enfant.

Localement nous faisons faire des lavages boriqués et des applications de talc stérilisé.

Aujourd'hui, 12 juillet, il n'y a plus qu'une petite croûte grosse comme une lentille, et, tout autour, la peau a déjà repris son aspect normal. Les ganglions sont beaucoup diminués et complètement indolores. Ils nous paraissent même moins volumineux qu'avant.

Le traitement est continué.

On comprend combien il est facile à ces ganglions de se tuberculiser secondairement, et c'est ce qui explique l'opinion de ceux qui font de la scrofule une forme de tuberculose. En réalité, dans ces cas, c'est la scrofule qui est la cause, l'origine, et c'est sur la scrofule que la tuberculose s'est greffée ensuite.

c) Syphilis. — Elle fait de fréquentes adénopathies à toutes les périodes. Ce sont surtout de petits ganglions mobiles, durs, qui apparaissent dans le voisinage de la lésion initiale.

d) Adénie. — L'histoire de l'adénie remonte au mémoire de Hodgkin paru en 1832, dans lequel il décrit un cas d'hypertrophies ganglionnaires généralisées qui paraissent « être primitives, et non le fait d'une irritation émanant de points ulcérés et transmise à ces ganglions par l'intermédiaire de leurs vaisseaux afférents. Cette affection glandulaire ne peut être rapportée à une cause inflammatoire, puisqu'on n'y trouve ni douleur, ni chaleur, ni rougeur ; de plus, il n'y a aucune tendance à la formation de pus ».

Plus tard, Trousseau décrit sous le nom d'adénie une maladie caractérisée par l'hypertrophie de la rate et des ganglions, sans augmentation du nombre des globules blancs, c'est-à-dire qu'il sépare tout à fait l'adénie de la leucocythémie.

Pour Wunderlich, au contraire, l'adénie et la leucocythémie ne sont que deux stades successifs de la même maladie : la lymphadénie. Son opinion est adoptée par Ranvier et Jaccoud. Pour eux, les lésions ganglionnaires et splénique ouvrent la scène, l'adénie représente la première période, mais ses manifestations sont désignées sous le nom de lymphadénome. La leucocythémie apparaît ensuite, elle est due à ce que « l'origine des vaisseaux lymphatiques étant le réseau plasmatique du tissu conjonctif, les cellules, à mesure qu'elles se multiplient, peuvent entrer dans les vaisseaux lymphatiques et arriver ainsi dans le sang, d'où leucocythémie secondaire ». (Citat. *in* Trousseau, Cl., t. III.)

Depuis lors, l'accord ne s'est pas encore fait sur ce point. Cependant la majorité des auteurs séparent l'adénie des leucocythémies ganglionnaires et des lymphadénomes. Nous adopterons cette manière de voir et nous décrirons successivement, d'une façon sommaire, ces diverses adénites.

L'*adénie* de Trousseau débute par l'apparition d'un petit

ganglion, à l'angle de la mâchoire le plus souvent. Ce ganglion est superficiel, mobile sous la peau et sur les plans profonds ; il n'est ni douloureux, ni gênant. Il augmente de volume, et, quelques semaines après, on assiste, selon l'expression de Trousseau, à une *véritable explosion* de tumeurs ganglionnaires.

Les ganglions voisins s'hypertrophient à leur tour, sont d'abord durs, ronds, mobiles, puis ils s'accroissent, deviennent plus mous, plus fixes. Les ganglions de l'aisselle, de l'aine, se prennent ensuite. Ces hypertrophies ganglionnaires sont volumineuses, elles gênent les mouvements de la tête, des membres, troublent la circulation, déterminent des compressions nerveuses, d'où production d'œdèmes, de névralgies.

L'examen du sang ne donne aucun renseignement, sauf à la période de cachexie, où on note de l'anémie plus ou moins marquée.

La durée de l'évolution est variable, la période de début est longue, mais aussitôt que l'hypertrophie ganglionnaire s'est généralisée, les phénomènes s'aggravent, la maladie évolue rapidement vers la cachexie et la mort.

Observation X

Adénie infectieuse (Roux et Lannois)

Enfant de 8 ans, présentant des masses ganglionnaires hypertrophiées au niveau du cou, des aisselles. Hypertrophie splénique. Fièvre dépassant parfois 40°. Poussées de leucocytose, ecchymoses, œdèmes sur diverses parties du corps. Hémorragies nasales et buccales abondantes, affaiblissement progressif et mort.

Autopsie. — Ganglions hypertrophiés sans dégénérescence caséeuse. Rate volumineuse.

Recherches bactériologiques. — Le sang, pendant la vie,

et des fragments de ganglions après la mort, ensemencés, ont donné des cultures fertiles qui, inoculées à des lapins et à des cobayes, ont donné naissance à des lésions, dont quelques-unes rappellent celles de l'enfant. L'agent pathogène a été le *staphylococcus pyogene aureus*.

e) Leucémie. — La leucémie se caractérise par l'augmentation des globules blancs du sang, la tuméfaction de la rate, l'hypertrophie des ganglions. Ces derniers sont gorgés de cellules lymphoïdes. Ils apparaissent quelquefois plusieurs mois ou même plusieurs années après le début de la maladie.

Le sang a un aspect particulier, une teinte lie de vin, il est laiteux, visqueux, poisseux, peu coagulable. L'hémoglobine est diminuée a 40 et 20 % de la normale. Les globules rouges sont diminués, il y a de l'anémie ; les globules blancs sont augmentés, le rapport des leucocytes aux hématies varie de 1 p. 20 à 1 p. 5 et même 1 p. 1. Dans les cas graves, le nombre des globules blancs peut devenir supérieur à celui des globules rouges.

Observation XI

Cas de leucémie relevé dans le service du professeur Baumel

In O. Trastour. L'Adénie infectieuse. Th. de Montpellier, 1908

Blanc Hélène, 13 ans et demi, entre à la clinique le 24 février 1908.

Antécédents héréditaires. — Père tuberculeux, mère bien portante.

Antécédents personnels. — Enfant maladive ; tousseuse chronique. Fièvre typhoïde un an avant. Convalescence pénible. L'enfant est restée anémiée et chétive. Au cours de cette convalescence pénible, apparaissent, sur la joue et à l'avant-bras gauche de l'enfant, deux ulcérations qui se sont progressivement étendues.

Presque en même temps on a remarqué des grosses glan-

des au niveau du cou de l'enfant. Les tumeurs les plus volumineuses siègent au cou, du côté apposé à la lésion des téguments. Depuis un mois l'état général est devenu plus mauvais : amaigrissement considérable, asthénie progressive, anorexie presque complète.

Les tumeurs du cou ont régulièrement grossi depuis et sont devenues volumineuses.

A l'examen, enfant très amaigrie, tumeurs volumineuses multiples sur les côtés du cou, surtout à droite. Elles sont mobiles sous la peau, certaines adhèrent aux plans profonds. Certains de ces ganglions atteignent le volume d'un œuf de poule. Dans le creux axillaire, des deux côtés, chaîne ganglionnaire adhérente et volumineuse. Aux aines, polyadénite volumineuse. Splénomégalie très nette. Foie gros et volumineux.

Aux poumons, légère submatité au sommet droit. Matité dans les gouttières vertébrales. A l'auscultation, obscurité à droite, respiration soufflante des deux côtés. Pas de râles. Signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Cœur : souffle au premier temps se propageant dans l'aisselle. Pouls rapide. Examen du sang : globules rouges, 4.760.000 ; globules blancs, 18.000. Valeur globulaire, 0,65.

Pourcentage des globules glancs, 21 à 25 mononucléaires, 4 à 5 lymphocytes, 70 à 75 polynucléaires pour cent.

Depuis l'entrée de l'enfant dans le service, l'état général semble décliner rapidement. Température, 38°5 à 39°5. Pouls rapide, prostration, état syncopal, diarrhée légère. Cinq épistaxis depuis l'entrée de la malade. Le 4 mars, examen du sang par M. le professeur agrégé Leenhardt : globules rouges, 4.800.000 ; blancs, 24.000. Valeur globulaire, 0,40. Même pourcentage des globules blancs qu'au précédent examen.

Médication ordonnée par le professeur Baumel : d'abord quinine, puis antipyrine.

Le 8 mars, ramollissement d'un ganglion à droite. Il a

l'aspect de l'adénite bacillaire au stade de suppuration. Le 11 mars, deux épistaxis assez abondantes. A cette date, 35.000 globules blancs.

L'état de l'enfant s'aggrave. Râles de congestion pulmonaire diffuse. L'enfant est emportée mourante, le 14, par sa famille. La mort survint brusquement le soir par asphyxie.

f) Lymphosarcome. — Le cancer primitif des ganglions ou lymphosarcome est excessivement rare chez l'enfant. Les ganglions sont gros, mous, difformes, ils renferment un suc laiteux abondant. Le début de la maladie se fait dans un seul ganglion, mais la généralisation se fait « *par sauts* », irrégulièrement dans les ganglions appartenant à des systèmes différents. Il y a de plus des métastases dans le foie, les poumons, etc.

Le *lymphadénome* est aussi un cancer primitif des ganglions, qui se manifeste par les mêmes symptômes que le lymphosarcome.

Observation XII

Lymphadénome (Personnelle)

(Recueillie dans le service du professeur Baumel)

X..., 8 ans, entre à l'hôpital le 24 mai.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Allaitement maternel. Sevré à 17 mois, mais alimentation mal réglée.

A 8 mois, apparition à la cuisse d'une grosseur qui ne s'est pas ulcérée. En même temps le méat était rouge, il y avait un écoulement uréthral. Des lavages suffirent à amener la guérison.

Rougeole à 4 ans.

Etat actuel. — Le début de la maladie remonte à un an. A ce moment l'enfant a eu les oreillons (bilatéraux) et, après la guérison, le côté gauche resta enflé.

Peu à peu on vit apparaître un gros paquet ganglionnaire au-dessous de l'oreille.

Un docteur qui vit l'enfant ordonna des frictions avec une pommade, des dépuratifs, la suralimentation et une saison au bord de la mer. Les ganglions ne diminuèrent pas ; la mère prétend seulement qu'ils parurent s'abaisser vers la clavicule.

Depuis lors, l'enfant a maigri, pâli. Il se sent faible, ne joue pas volontiers, est vite fatigué. Il n'a pas d'appétit. Mais il ne souffre pas.

A l'examen, on constate, dans la région cervicale gauche, un énorme paquet ganglionnaire qui fait saillie sous la peau : les ganglions sont très volumineux, durs, mobiles, et ont conservé leur forme normale. La tumeur s'étend de deux travers de doigt au-dessous du lobule de l'oreille jusqu'à la clavicule. Elle est indolore.

Pas d'autre adénopathie.

La rate est très volumineuse.

Le sang, examiné par le docteur Maillet, chef de clinique, renferme 4.200.000 globules rouges et 12.000 globules blancs.

M. le professeur Baumel fait le diagnostic de lymphadénome et conseille un traitement radiothérapique.

Malgré les conseils qu'on lui a donnés, la mère refuse de laisser l'enfant à l'hôpital et l'emmène au bout de deux jours.

Nous avons terminé cette étude rapide des diverses adénopathies au point de vue de leur étiologie, de leur symptomatologie.

Nous allons essayer d'établir, dans le chapitre suivant, les principaux éléments qui permettent de les différencier les unes des autres.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Etant donnée une tuméfaction ganglionnaire, il faut déterminer sa nature et son origine.

D'après l'étude que nous avons faite des adénopathies cervicales dans le chapitre précédent, nous voyons que ce diagnostic sera en général facile quand l'on se trouvera en présence d'une *adénite aiguë*. Un examen attentif des différentes régions voisines permettra de déceler facilement les lésions locales qui ont pu servir de porte d'entrée à l'infection.

Il faudra examiner tout d'abord les téguments externes, cuir chevelu, face, et l'on constatera aisément la présence d'eczéma, d'impétigo, de parasites. On notera les écoulements d'oreilles, les lésions lacrymales, le coryza s'accompagnant d'écoulement puriforme.

Mais on apportera surtout une très grande attention à l'examen de la dentition. Nous avons vu, en effet, que les troubles de l'évolution dentaire sont une cause très répandue, et, en général, trop négligée, des adénopathies cervicales. M. le professeur Bâumel a justement insisté, dans son *Précis des maladies des enfants*, sur les accidents, locaux et généraux, qu'ils peuvent déterminer. L'évolution dentaire s'accompagne en effet d'un travail local tellement intense que l'on comprend aisément que l'organisme réponde à cette excitation par une réaction très vive. De là la fréquence des manifestions locales surtout : stomatite, gingivite et par suite adénopathies. Nous avons vu plus haut que ce sont surtout

les ganglions sous-maxillaires qui sont engorgés. Leur inflammation n'aboutit pas, en général, à la suppuration.

Chez un jeune enfant on diagnostiquera facilement cette adénopathie : son âge tout d'abord indiquera qu'il doit avoir une ou plusieurs dents en train d'évoluer ; on s'en assurera en les regardant ou en passant légèrement le doigt sur les gencives du petit malade. Il faudra tenir grand compte de cet état de la dentition au cours d'une maladie générale, ou même au moment de la convalescence, afin de ne pas attribuer à l'affection générale les symptômes déterminés par l'évolution dentaire.

Le pronostic de ces adénopathies est bénin, les ganglions reviennent à leur état normal, ainsi d'ailleurs que l'organisme tout entier, aussitôt que les troubles de la dentition ont disparu.

Observation XIII

Adénopathie d'origine dentaire chez un bacillaire

(Recueillie dans le service du professeur Baumel)

D... Henri, 7 ans, entre à l'hôpital avec le diagnostic de péritonite bacillaire.

Antécédents héréditaires.— Sa mère est morte aux Aliénés. Son père est alcoolique. Pas d'autres renseignements.

Actuellement, l'enfant tousse, ne crache pas.

Ne souffre pas.

Il vomit, il a de la diarrhée.

Pouls, 110. Température varie de 37° à 38°9.

A l'examen des poumons, on ne trouve rien à la palpation et à la percussion.

A l'auscultation, on trouve une respiration soufflante à droite et en avant. Frottements en bas. A gauche et en avant, rien.

En arrière et à droite, respiration soufflante, rude ; expiration prolongée. Frottements. Quelques râles humides.

Le ventre est tendu, ballonné, il y a un peu d'ascite.

Les bruits du cœur sont sourds, rapides.

Adénopathie très marquée ; au cou, nombreux et volumineux ganglions ; à gauche, énorme ganglion rétro-maxillaire de la grosseur d'une amande, entouré de nombreux autres petits comme des pois. A droite, un très gros ganglion sous-maxillaire et un autre, identique à celui de gauche, rétro-maxillaire. De chaque côté, on trouve le chapelet sterno-mastoïdien.

Deux ou trois ganglions gros comme des haricots dans la région sus-claviculaire des deux côtés.

Quelques ganglions dans les aisselles et les aines.

Tous sont mobiles, non adhérents entre eux, résistants et indolores. Aucune tendance à la suppuration.

Dentition. — L'enfant a une dentition très mauvaise : il met les deux incisives médianes supérieures.

L'incisive latérale droite n'est pas encore remplacée ; les deux incisives latérales inférieures ne le sont pas non plus ; les deux incisives médianes inférieures sont soudées entre elles. Les molaires sont cariées, en mauvais état.

L'examen du sang, fait par M. le docteur Maillet, chef de clinique, ne donne rien de spécial.

Diagnostic. — M. le professeur Baumel attribue les troubles digestifs à la mauvaise alimentation de l'enfant, qui présente de plus des lésions pulmonaires très probablement bacillaires. Le mauvais état de la dentition suffit, pour lui, à expliquer la production de l'adénopathie.

Traitement. — Régime lacté. Potion avec :

Eau seconde de chaux.....	ââ 60 g.
Eau de laitue.....	
Teinture de musc.....	IV g.

et :

Sirop de tolu.....	100 gr.
Extrait de belladone.....	0 gr. 05

Plusieurs jours après, l'état de l'enfant paraît s'améliorer. Les troubles gastro-intestinaux se sont amendés, l'ascite a disparu. Seule l'adénopathie persiste.

Le diagnostic de la *fièvre ganglionnaire* est impossible à faire avant l'apparition de l'adénopathie. Et lorsque celle-ci s'est constituée, il faut procéder par élimination. On conclut à une fièvre ganglionnaire quand on ne trouve aucune autre cause capable d'expliquer l'engorgement. Et alors le pronostic est très rassurant, car les complications sont très rares : ce sont la suppuration des ganglions, l'otite, la néphrite aiguë, et la mort est tout à fait exceptionnelle.

On doit faire un examen attentif de la gorge pour rechercher l'*angine*, la *diphtérie*. Mais dans les cas d'adénopathies liées à ces affections, on a d'autres symptômes très importants qui mettent sur la voie du diagnostic, quelquefois même avant que l'adénite ait apparu : l'enfant se plaint de douleur à la gorge, spontanément ou pendant la déglutition ; il est agité, a de la fièvre (39°, 40°), les amygdales, les piliers, la luette sont rouges, gonflés, et tous ces symptômes font faire le diagnostic d'angine.

Si la diphtérie est en cause on a, dans les formes simples, des symptômes généraux de moyenne intensité : de l'abattement, peu de fièvre (38° à 39°), pas de douleur locale, seulement un peu de gêne à la déglutition. Les ganglions sous-maxillaires sont engorgés, mais restent isolés les uns des autres. L'examen de la gorge montre une amygdale rouge recouverte d'une mince couche de mucus qui s'épaissit bientôt, devient blanc jaunâtre ou grise, et s'étend progressivement à la périphérie pour envahir le palais, la luette, la paroi postérieure du phraynx. Une culture de ces fausses membranes permet de faire le diagnostic de diphtérie.

Dans les formes malignes, les symptômes généraux sont assez marqués pour ne pas permettre d'hésitation. L'adénopathie prend alors une allure particulière : l'engorgement ganglionnaire apparaît très près du début, il se fait dans la

région sous-maxillaire. Mais les ganglions, au lieu de rester isolés, se fondent en une masse œdémateuse qui s'étend jusqu'au cou et à la face, donnant l'aspect du « cou proconsulaire ».

Le pronostic doit être réservé surtout dans les formes malignes ; ce n'est pas tant l'adénopathie qui est grave en elle-même, mais son existence aggrave la diphtérie, surtout s'il apparaît de l'œdème péri-ganglionnaire.

Dans les *maladies générales* éruptives ou non, il y a intérêt, au point de vue thérapeutique, à établir nettement si l'adénopathie constatée doit être mise sur le compte de l'affection générale, ou si elle ne peut pas être rapportée à une cause locale. Il faudra donc éliminer successivement toutes les causes examinées plus haut.

En présence d'*une adénopathie chronique*, il faut encore penser tout d'abord aux lésions locales et rechercher les dermatoses, la carie dentaire, les angines chroniques. Ce diagnostic ne présente aucune difficulté, il suffit de penser à en rechercher les éléments.

Il n'en est plus de même lorsque, après avoir éliminé successivement toutes les causes locales, on se trouve en présence d'adénopathies que l'on attribue à une cause générale. Il faut alors déterminer si l'on a affaire à une manifestation tuberculeuse ou scrofuleuse, ou bien à de l'adénie ou de la leucémie. Le diagnostic est réellement difficile dans la plupart des cas, quelquefois même impossible. Nous allons tâcher d'en réunir les principaux éléments.

Tuberculose ganglionnaire. — Lorsque, dans le voisinage de l'adénite, on trouve une lésion cutanée ou muqueuse, on pourra faire le diagnostic d'hypertrophie ganglionnaire infectieuse banale. Cependant il faudra penser à la possibilité d'une inoculation tuberculeuse secondaire, réserver le diag-

nostic. Le seul moyen de le trancher d'une façon précise, c'est de pratiquer un examen histologique et bactériologique des ganglions et d'inoculer son contenu au cobaye. Si l'on constate la présence de bacilles de Koch dans la matière ganglionnaire, ou si le cobaye inoculé devient tuberculeux, on peut conclure à la tuberculose.

Scrofule. — L'aspect de l'enfant est en général caractéristique : le petit malade, garçon ou fille, a le nez gros et rouge, des lèvres épaisses, des ulcérations ou des taches blanchâtres de la cornée. Fréquemment il a du coryza, de l'eczéma autour des oreilles et des narines. Ses ganglions cervicaux sont gros. Dans ces cas si nets, il ne peut guère y avoir d'hésitation à poser le diagnostic de scrofule.

C'est plus difficile lorsque la scrofule est atténuée, lorsque l'enfant ne présente qu'une seule lésion ganglionnaire. Il faut creuser les antécédents personnels, rechercher les manifestations scrofuleuses chez les ascendants et les collatéraux. Il faut suivre l'évolution de l'adénopathie pendant quelque temps, et si elle tend vers la résolution spontanée, sans suppuration, elle est très probablement de nature scrofuleuse.

Il ne faut pas oublier que l'on peut observer fréquemment l'association de la scrofule au lymphatisme (le tempérament de l'enfant renseignera sur ce point) ou à la tuberculose.

Le pronostic des adénopathies scrofuleuses est bénin lorsque les ganglions sont peu hypertrophiés. Il s'aggrave quand ils tendent vers la suppuration, et, dans ces cas, il faut craindre surtout l'association d'une tuberculose secondaire, car les deux maladies, bacillose et scrofule, s'aggravent mutuellement lorsqu'elles coexistent chez un même sujet. Ce qui rend le pronostic inquiétant, c'est surtout la ténacité, la persistance des lésions, qui résistent au traitement, ou reparaissent pour la moindre cause.

Syphilis. — La seule façon d'établir la nature syphilitique d'une adénopathie, c'est l'essai du traitement spécifique. Il

amène promptement la résolution complète des hypertrophies ganglionnaires d'origine syphilitique, tandis qu'il n'a aucune action sur les autres adénites. En cas de doute, il suffit donc d'établir le traitement pendant quelques jours. De plus, les ganglions eux-mêmes n'atteignent jamais les dimensions considérables qu'ils peuvent avoir dans les autres adénites.

Adénie. — Le diagnostic de l'*adénie* n'est pas toujours facile. Il faut se méfier surtout de confusion possible avec le lymphadénome ou le lymphosarcome. Les différences cliniques sont tellement difficiles à établir, et l'examen histologique lui-même donne des renseignements si peu précis, que Cornil n'hésite pas à affirmer qu'il est absolument impossible, à ce jour, de distinguer anatomiquement un lymphadénome d'avec une hypertrophie simple des ganglions. De plus, les observations certaines d'adénie sont très peu nombreuses, et la plupart d'entre elles, même, ne sont pas complètes, ce qui augmente encore l'hésitation lorsqu'on veut faire un choix de symptômes caractéristiques.

Il faut d'abord procéder par élimination : écarter le diagnostic de tuberculose, de syphilis, par les moyens signalés plus haut.

Les tumeurs molles, avec sensation de fluctuation, ne doivent pas faire penser à l'adénie.

De même les tumeurs dures, inégales, bosselées, adhérentes aux plans profonds, douloureuses, à évolution rapide, doivent plutôt faire penser à un cancer primitif des ganglions. Il faut bien savoir que, dans l'adénie, les hypertrophies ganglionnaires ont une consistance rénittente, classique ; elles n'adhèrent ni à la peau, ni aux plans profonds, elles sont indolentes, et leur forme représente tout à fait celle d'un ganglion normal dont les dimensions sont seulement exagérées.

La localisation des hypertrophies ganglionnaires est aussi intéressante à noter : nous avons vu que, dans l'adénie, la généralisation est rapide et se fait graduellement, de proche

en proche. Au contraire, dans le cancer des ganglions, nous avons déjà signalé ce fait que la généralisation se fait « par sauts » dans les différents groupes ganglionnaires et même dans les divers organes : foie, rate, etc...

Wilks et Pavy ont signalé, sous le nom d'anémie lymphatique, une teinte spéciale que prend la peau dans les cas d'adénie. La peau du malade est blanche, pâle, cireuse, elle diffère totalement de la peau des cancéreux, qui est d'un beau jaune paille.

Un renseignement important à noter, est celui qui concerne l'hérédité. Il est très fréquent d'observer des cas de cancers divers parmi les ascendants ou les collatéraux d'un malade qui présente de l'adénopathie, et ce fait doit faire incliner le diagnostic du côté du cancer des ganglions.

En résumé, on ne saurait donner un ensemble de signes absolument certains permettant de porter fermement un diagnostic d'adénie. Et nous voyons qu'après élimination des hypothèses de bacillose, de scrofule, de syphilis, on se trouve hésiter entre les diagnostics de lymphadénome ou d'adénie. Mais le pronostic ne varie guère dans ces deux cas, et on peut le considérer comme très sombre, qu'il s'agisse d'adénie ou de lymphosarcome. La guérison est rare, en effet, et lorsque l'hypertrophie ganglionnaire est généralisée, la marche de la maladie s'accélère, la mort survient dans la cachexie au bout de quelques mois.

Les adénopathies de la *leucémie* se diagnostiquent d'après les symptômes généraux caractéristiques de cette dernière : l'enfant est anémié, pâle, abattu, il présente de la fièvre par accès, de la tendance aux hémorragies (épistaxis, hémoptysies, hémorragies auriculaires, ecchymoses, etc.). De plus, la rate est très hypertrophiée ; on a cité des cas dans lesquels elle atteignait l'ombilic en avant, la crête iliaque en bas ; le foie est volumineux. Mais, surtout, le principal élément du diagnostic est celui que l'on tire de l'examen du sang. Les

globules rouges sont diminués et les globules blancs sont fortement augmentés : il y a 1 lymphocyte pour 15 ou pour 10 hématies. Et on en compte jusqu'à 70.000 par millimètre cube. Au point de vue qualitatif, on trouve, soit une augmentation des lymphocytes, soit une prédominance des grands globules à noyaux multiples, soit une proportion normale des uns et des autres. Goldmann a insisté sur la présence de cellules éosinophiles en grande abondance dans les ganglions hypertrophiés des lymphadéniques ; on en trouve cependant aussi dans ceux des tuberculeux.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

S'il est d'une importance capitale de faire exactement le diagnostic de nature d'une adénopathie cervicale, c'est que le traitement varie avec chaque cas. Nous ne pouvons rien sur un ganglion volumineux. Il s'est hypertrophié pour répondre à une excitation qui lui a été imprimée, et si l'on supprime cette excitation, il reviendra en général à son état normal. Il s'agit donc de découvrir quelle est cette excitation initiale, quelle est la cause de l'hypertrophie, et, une fois qu'on l'a trouvée, c'est sur elle que l'on doit agir, c'est contre elle que l'on doit diriger sa thérapeutique.

Adénopathies de cause locale. — Qu'elles soient *aiguës* ou *chroniques*, le traitement est le même. Il faut entretenir la tête et le visage de l'enfant dans un parfait état de propreté. Les parasites nécessitent un nettoyage énergique de la chevelure, qui doit être lavée avec une solution de sublimé à 1 p. 500, puis le cuir chevelu est frictionné avec de l'onguent gris, de l'alcool camphré, et les lentes sont détachées avec le vinaigre chaud et le peigne fin.

S'il y a de l'eczéma, il faut tout d'abord modifier l'alimentation, qui est en général trop abondante. Localement, il faut déterger les surfaces et les panser aseptiquement à l'aide de compresses boriquées tièdes. Les pommades à l'oxyde de zinc et au salol, où l'on emploie la vaseline ou le glycérolé d'amidon comme excipient, ont un inconvénient : elles entre-

tiennent l'humidité constante à la surface des plaies et favorisent l'extension des formes suintantes. Il vaut mieux les remplacer par des poudres inertes (talc, salol pulvérisé).

Les fistules lacrymales demandent le cathétérisme, la cautérisation.

L'érysipèle de la face, les oreillons seront traités comme à l'ordinaire.

Les stomatites demandent avant tout le règlement de l'alimentation, qui doit être liquide pendant quelques jours. L'antisepsie de la bouche est facile à faire : l'enfant doit se gargariser plusieurs fois par jour avec de l'eau boriquée saturée ou bien avec la potion suivante préconisée par M. Baumel :

Sirop de mûres.....	} âà 20 gr.
Miel Rosat.....	}
Eau	110 gr.
Chlorate de potasse.....	2 à 5 gr. suiv. l'âge.

1 cuillerée à bouche gargarisée et avalée toutes les trois heures.

Les troubles de la dentition sont atténués par l'antisepsie de la bouche, du tube digestif (benzonaphtol). Il ne faut pas hésiter à arracher les dents branlantes ou cariées ; cette petite opération est facile à faire et ne nécessite même pas l'anesthésie locale.

Le traitement de la fièvre ganglionnaire est tout symptomatique : suppositoires à la quinine ou à l'antipyrine (0 gr. 15 à 0 gr. 20) contre la fièvre. S'il y a de l'agitation, de l'insomnie, on ajoutera à chaque suppositoire 5 à 10 centigrammes de chloral.

Le repos au lit est nécessaire, l'enfant doit être mis à la diète lactée. Contre la constipation, on prescrira un lavement glycériné.

Localement, on fera de la révulsion : enveloppement ouaté du cou, badigeonnage de teinture d'iode. S'il y a un peu d'angine, on prescrira des gargarismes.

Les angines chroniques, caractérisées généralement par

l'hypertrophie des amygdales, sont justiciables d'un traitement général (huile de foie de morue, séjour à la mer, dans les stations chlorurées sodiques et sulfureuses) et surtout d'un traitement local : on ne s'attardera pas à prescrire des gargarismes, des badigeonnages qui ne modifient nullement l'état des amygdales. On fera tout de suite l'extirpation des amygdales, soit au bistouri, soit à l'amygdalotome, mais ces interventions doivent toujours être précédées d'un asepsie parfaite des cavités buccales, nasales, pharyngées.

Adénopathies de cause générale. — Les adénites qui se produisent au cours d'une fièvre éruptive ou de toute autre maladie aiguë, ne sont justiciables d'aucun traitement. Tout au plus est-il indiqué, dans les cas d'adénopathies douloureuses, de faire des enveloppements chauds, des frictions douces avec du baume tranquille.

Au contraire, les adénites chroniques doivent être traitées sérieusement. Nous allons les passer en revue :

Adénites tuberculeuses. — Si l'on admet que l'adénite bacillaire est, non pas seulement une lésion locale traduisant la défense de l'organisme contre le microbe, mais plutôt la manifestation d'un infection générale, on comprend qu'il ne faut pas se borner à traiter le ou les ganglions malades, mais qu'il est absolument nécessaire de combattre la maladie générale.

Il faut donc établir en même temps : 1° un traitement général, dirigé en somme contre la cause de l'adénite, traitement qui aura pour but de favoriser les réactions de défense de l'organisme ; 2° un traitement local qui interviendra directement sur les ganglions, essayera de les modifier ou aidera à leur résorption.

a) *Traitement général.* — Son principal élément est la cure climatérique. L'enfant doit être envoyé au bord de la mer et y rester le plus longtemps possible, plusieurs mois.

Là, il doit vivre surtout dehors, au grand air. Les bains de mer, les bains de sable deux fois par jour, les bains de soleil, aussi fréquents que possible, ont une action bienfaisante très marquée et doivent être recommandés. Les observations sont nombreuses d'enfants porteurs d'adénites tuberculeuses très volumineuses qui ont vu leurs ganglions disparaître sous l'influence du traitement marin.

Lorsqu'il est impossible d'envoyer l'enfant au bord de la mer, on peut lui prescrire le traitement chloruré sodique. Les eaux de Salies-de-Béarn, de Salins-Moutiers, rendront de très grands services dans ce cas.

Il y a même avantage, dans certains cas, à associer les deux traitements, en particulier quand l'enfant presente une atonie générale marquée, lorsque les bains salés seuls ne suffisent pas pour améliorer l'état local. On voit alors l'état général se remonter plus vite, les lésions ganglionnaires se modifier rapidement.

On aura d'excellents résultats en faisant des applications locales avec des compresses imbibées d'eau chlorurée sodique. On réalise ainsi un bain local dont on peut doser la durée et varier la température.

Les eaux mères sont précieuses dans le traitement des adénites tuberculeuses. Elles diminuent les échanges azotés ainsi que le coefficient d'oxydation. Leurs effets sont opposés à ceux des bains salés, qui augmentent au contraire les échanges azotés et l'oxydation. Il y a avantage à les prescrire chez les enfants dont les combustions sont exagérées et qui ont de l'azoturie.

Si les ganglions sont mobiles, durs, on emploiera les bains salés, en recommandant au malade d'immerger complètement le cou dans l'eau de façon que le bain puisse produire à la fois ses effets généraux et son action locale. On peut y joindre la douche générale chaude ou froide, suivant la réaction du sujet.

Si les ganglions adhèrent déjà au tissu cellulaire environ-

nant, s'ils tendent vers la suppuration, on doit se borner à conseiller les bains et les compresses.

Ces dernières doivent être supprimées aussitôt que l'on perçoit de la fluctuation ou tout au moins du ramollissement.

Mais on peut revenir à tous les moyens du traitement chloruré sodique (bains, douches, compresses) lorsque les ganglions sont ulcérés, ou que les fistules sont produites.

Au traitement climatérique, il faut associer le régime alimentaire, prescrit habituellement dans le traitement de la tuberculose : jus de viande, suralimentation, cacodylate de soude.

Les médicaments ne doivent pas être employés en trop grande quantité, pour éviter de fatiguer l'estomac de l'enfant. Cependant on obtiendra de bons résultats en faisant prendre tous les jours au malade trois à quatre cuillerées du mélange suivant, conseillé par M. le professeur Tédenat :

Huile de foie de morue.....	500 gr.
Sirop iodo-tannique.....	400 gr.
Glycérine	100 gr.
Arséniate de soude.....	5 gr.
Phosphate tricalcique.....	10 gr.

Le traitement par les diverses tuberculines n'a pas encore donné de résultats assez probants pour qu'on puisse le préconiser.

b) *Traitement local.* — La médication locale est un utile adjuvant de la médecine générale quand les ganglions sont volumineux, qu'ils sont caséifiés ou que l'infection se propage de proche en proche.

On aura recours à divers moyens :

1° Applications locales médicamenteuses, qui agissent surtout sur la périadénite récente, mais ne paraissent pas faire grand'chose sur le ganglion lui-même ;

2° Agents physiques : héliothérapie, dont nous avons dit un mot plus haut, ainsi que de la photothérapie ; la radiothérapie n'a pas encore fait ses preuves ;

3° Injections modificatrices, à l'aide d'iodoforme dissous dans divers véhicules ; de naphtol camphré ou mieux de thymol camphré ;

4° Extirpation chirurgicale des ganglions malades, surtout lorsqu'ils sont nombreux.

Il serait trop long de développer chacune de ces méthodes. Nous nous bornons à les indiquer.

Scrofule. — De même que dans la tuberculose, le traitement général a ici une importance capitale. Il faut surtout chercher à modifier l'organisme, le tempérament du sujet.

Les séjours au bord de la mer et le traitement chloruré sodique sont aussi bien indiqués que dans la tuberculose. Les eaux de La Bourboule ont d'excellents effets. Les douches froides, les frictions sèches, les exercices au grand air sont à recommander. L'alimentation doit être riche, saine, abondante.

L'huile de foie de morue agira merveilleusement par l'iode, le phosphore, le brome qu'elle contient.

Le sirop iodotannique, le sirop d'iodure de fer, doivent être prescrits à raison de 3 à 4 cuillerées à soupe par jour.

Adénie. — Les opinions sont partagées au sujet du traitement qui doit être appliqué dans les cas d'adénie. Pour ceux qui sont partisans de la diathèse lymphogène, c'est le traitement général par l'arsenic, l'iodure de potassium qui doit être appliqué. Nous y reviendrons tout à l'heure. Pour ceux, au contraire, qui font de l'adénie une maladie spéciale, infectieuse, il y a avantage à recourir à l'intervention chirurgicale. Mais cette ablation des ganglions volumineux ne peut être pratiquée que lorsque les masses ganglionnaires ne sont pas trop nombreuses. Si elles sont trop étendues ou généralisées, on ne peut songer à les extirper toutes. Il faut alors recourir au traitement qui est également indiqué dans le lymphadénome, dont nous allons dire quelques mots.

Lymphadénome. — Depuis longtemps l'arsenic a été con-

seillé et donné comme traitement du lymphadénome, et si Reclus et Quénu déclarent n'en avoir pas constaté de bons effets, Billroth, Terrillon ont apporté quelques observations de guérison complète ; on s'est alors servi de liqueur de Fowler en injection, et à l'intérieur. Avec le cacodylate, le résultat a été notable. On peut penser, d'après l'observation suivante, qu'une telle affection prise au début pourrait bénéficier largement de cette méthode de traitement :

Observation XIV

Lymphadénome du cou chez un enfant de 5 ans. Traitement par des injections de cacodylate de soude (*In Journal de médecine de Bordeaux*, 1906, 453-456)

Gabriel G..., 5 ans et demi. Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Jusqu'à 2 ans, bien portant ; à partir de ce moment, l'affection débute. A cette époque, petite tumeur indolore, mobile, à la région cervicale supérieure du côté gauche. La tumeur augmente et d'autres apparaissent. A 4 ans on enlève une grosse masse ganglionnaire. Six mois après la tumeur recommence à augmenter de volume. On institua la médication iodurée à l'intérieur et à l'extérieur. La tumeur aurait disparu. Mais peu après elle augmente à nouveau. Envoyé au sanatorium de Cap-Breton, la tumeur évolue rapidement, et la famille, conseillée par le médecin, reprend l'enfant. Depuis six mois, essoufflement rapide et gêne de la respiration. Anorexie complète, sueurs abondantes.

Examen. — Tumeur énorme sur le cou, à gauche, allant en arrière jusqu'à la nuque et déplaçant en avant la trachée à droite. Peau normale. Chaque ganglion de la masse est mobile individuellement. L'ensemble est mobile. Creux axillaires : chaînes ganglionnaires peu volumineuses ; autant aux aines. Adénopathie trachéo-bronchique. Diarrhées fréquentes ; prolapsus rectal depuis un mois. Abdomen volumineux

comme pour un rachitique. Rate volumineuse. Globules rouges, 4.572.000 ; blancs, 6.820.

Diagnostic. — Lymphadénome.

On repousse toute idée d'intervention chirurgicale.

Traitement. — Injection, tous les deux jours, en plein néoplasme, de 2 centigrammes de cacodylate de soude. A la cinquième injection, la circonférence du cou diminue de 6 centimètres. L'appétit est meilleur, l'enfant mange beaucoup. Sueurs abondantes le soir.

Par contre, nous donnons ensuite une autre observation qui semble démontrer que le traitement par le cacodylate de soude n'est pas toujours aussi efficace :

Observation XV

Enfant de 6 ans atteint de lymphadénome généralisé à marche rapide

(Rapporté par M. Rocher à la Société de Path. de Bordeaux

In Journal de médecine de Bordeaux, p. 855)

L'affection a probablement débuté par l'amygdale pharyngienne. Quinze jours après l'ablation de végétations adénoïdes, de nombreuses adénopathies se développent rapidement et symétriquement dans la région du cou ; le professeur Sabrazès confirma le diagnostic par l'examen microscopique d'un ganglion. Globules rouges, 4.867.000. Blancs, 22.940. Toutes les régions ganglionnaires furent progressivement envahies. On injecte dans les ganglions du cacodylate de soude. Résultat : diminution de volume de certains groupes ganglionnaires. Mais peu après, poussée d'accroissement rapide. Plus tard, localisations lymphadénomateuses dans les glandes lacrymales, tibias et fémurs, dans le médiastin. Peu avant la mort, hématémèses, mœlena, épistaxis. Au bout de quatre mois, mort dans l'hecticité la plus complète.

Enfin, nous citons une curieuse observation de Blomfield.

dans laquelle l'auteur relate l'essai qu'il a fait de l'administration de fragments de rates à l'intérieur, contre les lymphadénomes. Cette méthode ne s'est pas généralisée.

Observation XVI

Blomfield. *In Brit. med. j.*, 21 octobre 1893

Pensant aux résultats que fournit l'opothérapie thyroïdienne dans le myxœdème, l'auteur traita ce cas de lymphadénome par l'ingestion de fragments de rate. Il s'agissait d'un garçon de 12 ans amené dans le service aux dernières périodes de la maladie. L'état général s'améliora, la rate et les ganglions diminuèrent de volume : la dyspnée disparut presque complètement. La médication instituée a permis à l'enfant de succomber sans douleur à la cachexie qui le minait depuis longtemps.

Leucémie. — Le traitement général est toujours important à prescrire : nourriture hygiénique et substantielle : lait, œufs, viande. Vie au grand air, séjour au bord de la mer. L'huile de foie de morue, l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler, les injections de sérum artificiel, l'iode et les iodures sont aussi indiqués. Une médication qui a été recommandée, c'est l'organothérapie : administration de moelle fraîche de veau ou de bœuf. Les observations de Combe de Lausanne semblent démontrer qu'elle est en effet efficace.

Lymphosarcome. — En présence d'un lymphosarcome fermement reconnu, il n'y a pas d'hésitation possible : le seul traitement qui s'impose est l'extirpation. Comme, d'autre part, ce diagnostic est excessivement difficile, Terrier a conseillé d'enlever dès le début toute tumeur ganglionnaire suspecte. Dès qu'une adénopathie se prolonge et s'accroît, dès

qu'elle ne cède pas au traitement le plus simple, celui de l'adénopathie inflammatoire, il faut opérer sans perdre de temps. L'opération ainsi faite est moins difficile, moins dangereuse, elle donne le maximum de chances de guérison durable. Peut-être s'expose-t-on ainsi à enlever des adénopathies qui auraient pu guérir sous l'influence du seul traitement médical prolongé. Mais, d'ailleurs, on ne s'expose point à opérer dans des cas désespérés.

CONCLUSIONS

De la courte étude que nous venons de faire, nous pouvons conclure :

I. Les adénopathies cervicales de l'enfant sont intéressantes à connaître à cause de leur extrême fréquence.

II. Qu'elles soient aiguës ou chroniques, on peut toujours les ramener à l'un des groupes suivants :

1° Adénopathies de cause locale ;

2° Adénopathies de cause générale.

III. En présence d'une adénopathie cervicale chez un enfant, il est nécessaire d'en faire le diagnostic de nature. Il faut rechercher avant tout une lésion locale qui puisse l'expliquer ; ce n'est qu'en l'absence de cette origine que l'on doit envisager l'hypothèse d'une cause générale.

IV. Le diagnostic différentiel de l'adénopathie scrofuleuse avec la tuberculose ganglionnaire d'une part ; de l'adénie avec le cancer primitif des ganglions ou lymphosarcome, d'autre part, est dans certains cas, extrêmement difficile à faire, quelquefois même impossible.

V. Le traitement des adénopathies cervicales doit être dirigé contre la cause

VI. Des diverses méthodes thérapeutiques dirigées contre la tuberculose ganglionnaire, il faut surtout retenir le traitement par l'air marin et les eaux chlorurées sodiques, traitement qui s'applique aussi aux adénopathies d'origine scrofuleuse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Allew. — Maladie de Hodgkins. *Brit. med.*, 1896.

Bard. — De la leucocythémie considérée comme le cancer propre du sang. Lyon méd., 188.

Baumel. — Précis de maladies des enfants. Leçons cliniques sur les maladies des enfants.

Barbier (P.) et Dieupart (J.). — Traitement des adénites tuberculeuses du cou par la tuberculine. Rev. inter. de la tubercul. Paris, 1906, X, 423-31.

Carles (G.-F.). — La micro-polyadénopathie périphérique généralisée chez les enfants. Etud. clin. et anat. path. Bordeaux, 1907.

Cassel. — Indications thérapeutiques de la lymphadénie. Paris, 1898.

Codet-Boisse. — Lymphadénome du cou chez un enfant de 5 ans traité par des injections de cacodylate de soude. Journ. de méd. Bordeaux, 1906, XXXVI.

Comby (J.). — La médecine infantile, 1894.

Cossy. — Mémoire pour servir à l'histoire de l'hypertrophie simple plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques sans leucémie. Echo méd., t. V. Neuchâtel, 1861.

Duclion. — De la lymphosarcomatose et de la tuberculose hypertrophique inconnue des ganglions lymphatiques. Thèse Bordeaux, 1896.

Dragon. — Lymphadénome malin, forme infectieuse. Bull. Soc. anat. Paris, 1889.

Delbet. — Art. lymphadénome *in* Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet, 1896.

Duplay. — Lymphadénome et adénopathie tuberc. France méd., Paris, 1892, t. XXIV.

Fisher. — Some complications of tuberculous infection of the lymphatic glands in Children. *Cin. J.*, London, 1906-7, XXIX, 108-111.

Froment-Rome. — Adénopathie cervico-axillaire symptom. Lyon méd., 1908, CXI, 779-81.

Gourichon. — Essai sur la fièvre ganglionnaire. Th. Paris, 1895.

Guillermet. — Adénie. Sa nature infectieuse. Th. Lyon, 1890, n° 526.

Howland (J.). — The symptoms of status lymphaticus in infants and young children. *Tr. Am. Pediat.* Soc. Phila., 1907-8.

Katzenstein. — Guérison d'un cas de pseudo-leucémie par des injections arsénicales sous-cutanées. *Deutch. Archiv.*

Lesage. — Anémie avec suppur. gangl. due au bacille typhique. Soc. biol., 1892.

Luzet. — Anémie infantile pseudo-leucémique. Arch. génér. de méd., 1891.

Labbé. — Etude des ganglions lymphatiques dans les affections aiguës. Th. Paris, 1898.

Morichau-Beauchant (R.). — Tuberculose des ganglions cervicaux à forme pseudo-lymphomateuse chez l'enfant. Rev. mens. de gynéc., d'obstétr. et de pédiat. Paris, 1908, t. III, 213-219.

Moussous. — Rev. mens. des maladies de l'enfance, 1893.

Perrin. — Hypertrophie gangl. généralisée. Double fistule lacrymale. Bull. Soc. anat. Paris, 1861.

Petit. — De la tuberculose des ganglions du cou. Th. Paris, 1897.

Perez. — Modo di comportarsi del sistema ganglionare linfatico rispetto ai micro-organismi. Labori de laboratorio publicati dal L. Manfredi. Palermo, vol. III, 1897.

Petit (P.-C.). — Adénite bacillaire traitée et guérie par les rayons X. *Bull. méd. de Québec*, 1908-9, X.

Privat. — Conduite à tenir en présence d'un gangl. tuberc. Rev. gén. de clin. et de thérap. Paris, 1908.

Pottenger. — The treatment of tuberculosis of the lymph glands in children. *Pediatrics N.-Y.*, 1908, XX, 67-74.

Pascal-Lesage. — Polyadénite primitive du premier âge. Arch. génér. de méd., 1893.

Ricard. — Adénites pseudo-tuberculeuses. Gaz. des Hôpitaux, 1896, 30 janvier.

Richardière (H.). — De l'action combinée du traitement marin et de la cure chlorurée sodique dans la tuberculose gangl. Rev. de la tuberc. Paris, 1908, 2e série, V.

Rizacher. — Le thymol camphré comme agent de fonte des fongosités tuberculeuses. Méd. inf., Paris, 1907, IV.

Roux (J.) et Josserand (P.). — De la valeur de la micro-polyadénie dans la tuberculose latente. Pédiat. prat. Lille, 1907, V, 13-18.

Robin. — Traitement des adénites tuberculeuses en général. Méd. mod. Paris, 1908, XIX.

Roux et Lannois. — Adénie infectieuse. Rev. de méd., 1890.

Trelat. — Diagnostic et traitement des adénites tubercul. Paris, 1891. Clin. chirurg., t. I.

Trousseau. — Clinique médic. Paris, t. III, 1869.

Verneuil. — Pathogénie du lymphadénome. Semaine médic., 1893, t. I, p. 169.

Weill. — Précis de médecine infantile.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 Juillet 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 Juillet 1910.
Pour le Doyen :
L'Assesseur delégué, G. SARDA.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères, si j'y manque.